

Congresista David G. Valadao

Formulario de Divulgación de Privacidad del Seguro Social



Por favor llene la siguiente información. Imprima de forma legible.

INFORMACIÓN DE LOS CONSTITUYENTES					
Apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	Estado civil (elige uno): Soltero / Casado / Divorciado / Separado / Viudo	
Dirección:		Dirección en la oficina de correo:	Nacimiento: / /	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Número de seguridad social: - -		
Número de Teléfono de Casa: ()	Número Celular: ()	Correo Electrónico:			

¿Es este caso en nombre de otra persona? Si es así, proporcione su información a continuación:

INFORMACIÓN DEL APLICANTE					
Apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	Número de seguridad social: - -	
Dirección:		Dirección en la oficina de correo:	Nacimiento: / /	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Correo Electrónico:		
Número de Teléfono de Casa: ()	Número Celular: ()	Relación con Constituyente: <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Otro(a) _____			

Llene completamente las secciones a continuación.

SECCIÓN UNO	
¿Está actualmente buscando o recibiendo ingresos suplementarios del Seguro Social (SSI)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está actualmente buscando o recibiendo seguro de discapacidad del Seguro Social?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está actualmente buscando o recibiendo beneficios de jubilación del Seguro Social?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

